

CT・DXA検査予約依頼表（機器共同利用委託 FAX用）

予約日時		住所	
年 月 日 ()		〒	
時 分 DXAは 9:00~9:30になります			
氏名 (フリガナ)		性別	生年月日
		年齢	
		様	男・女
		年 月 日	歳
電話番号	(自宅)	(携帯)	
依頼内容			
<input type="checkbox"/>	CT	撮像部位	<input type="checkbox"/> DXA法による骨塩定量
		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部（縦隔・肺野） <input type="checkbox"/> 腹部（横隔膜～座骨結節） <input type="checkbox"/> 整形領域（部位 ）	
【病 名】		【検査目的】	
依頼施設名		依頼医師署名（自署）	
角谷整形外科病院 受診歴	有・無	診察券お持ちの方	患者番号

ご記入に関する注意事項

- ・ 全項目を必ずご記入ください。（当院受診歴、患者番号は不明な場合は空白で）

※ 骨密度検査に限ります

依頼施設で体内インプラントの事前確認をお願いします。

- 腰椎インプラントあり
- 右大腿骨インプラントあり
- 左大腿骨インプラントあり

骨密度は腰椎・大腿骨の2か所で測定を行っております。

インプラント使用状況により1か所のみ測定、もしくは測定不能になる場合がございます。ご了承ください。

その他、ご不明な点につきましては下記までお問い合わせ下さい。

社会医療法人スミヤ **角谷整形外科病院**

予約受付時間 (平日 9:00~17:00)

和歌山市吉田337番地

TEL (073)433-1130 (MR予約センター)

FAX (073)432-6054